

RB-89.3 작성 안내문

피고인 참고 사항: 재고/전체 위원회 검토 신청에 대한 반박서는 재고/전체 위원회 검토 신청서가 피고인에게 전달된 날로부터 30일 이내에 제출해야 합니다. 반박서는 위원회가 해당 반박을 실제로 수령한 날짜에 위원회에 제출된 것으로 간주됩니다. 모든 반박서가 12 NYCRR 300.13(b)의 요건을 준수하도록 요구하는 12 NYCRR 300.13(c)에 따라, 반박서는 위원회 중앙 우편 수령소(P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), 중앙 청구 접수 팩스 번호(1-877-533-0337), 중앙 청구 접수 이메일(wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) 또는 WCB 웹 업로드 링크(<https://wcbdoc.services.conduent.com/>)를 통해서만 위원회에 제출할 수 있습니다. 노동자 보상 차별 청구의 반박서는 위원회의 차별 관리 부서 검토 센터(150 Broadway, Menands, NY 12204)로 반박서를 우편 발송하는 방식을 통해서만 제출해야 합니다. 장애 수당을 위해 제출하는 청구(업무와 관련이 없는 부상 또는 질병으로 인한 급여 상실에 대한 청구)의 반박은 장애 수당 관리국(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)에 반박서를 우편 발송하는 방식으로 위원회에 제출해야 합니다. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv)에 따라 이 반박서의 사본을 모든 필수 이해 당사자에게 제공해야 합니다. 미출석 청구인이 제출한 경우를 제외하고, 반박서는 의장이 지정한 형식이어야 하며, 반박서의 모든 섹션을 작성해야 하고, 첨부된 모든 법률 의견서는 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i)를 준수해야 합니다. 양식에서 요구하는 모든 정보를 제공하지 않는 경우 반박이 기각될 수 있습니다.

참고: 위원회 재고/전체 위원회 검토 신청에 대한 반박서를 위원회 사무실에 직접 제출하는 경우 접수되지 않을 수 있습니다. 법무 자문위원 사무실(Office of General Counsel)로 우송되거나 직접 제출된 반박서는 위원회에 제출된 것으로 간주되지 않으며 검토되지 않습니다.

1. **WCB 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 WCB 케이스 번호를 기재하십시오. WCB 케이스 번호에는 노동자 보상, 차별, 장애 수당, 유급 가족 휴가 차별, 소방 자원봉사자 및 구급차 자원봉사자 수당에 대한 케이스 번호가 포함됩니다.
2. **보험회사 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사 케이스 번호를 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
3. **보험회사 코드.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사 코드를 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
4. **보험회사명.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사명을 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
5. **부상/휴가 날짜.** 부상이 발생한 날짜 또는 유급 가족 휴가 시작일을 기재하십시오(유급 가족 휴가를 사용하지 않은 경우 차별 불만 제기일 기재).
6. **청구인명.** 직원의 성명을 기재하십시오.
7. **청구인 주소.** 직원의 거리 주소, 시, 주, 우편 번호를 기재하고 우편 주소가 다른 경우 해당 주소도 기재하십시오.
8. **이 반박서로 대리하는 대상.** 이 반박서를 제출하는 당사자를 명시하십시오.
9. **반박서로 대응하는 대상 신청의 유형.** 반박서가 1) 의무적 전체 위원회 검토 또는 2) 재량적 전체 위원회 검토 중 어떤 신청에 대응하는 것인지 명시하십시오.
10. **위원회 패널 결정 보고서 제출 날짜.** 이의를 제기하는 대상 결정이 이루어진 날짜를 기재하십시오.
11. **제공 날짜.** 피고인이 재고/전체 위원회 검토 신청서를 제공받은 날짜를 기재하십시오.
12. **요청된 결과.** 반박의 주장이 1) 12 NYCRR 300.13(b)(4)에 따라 재고/전체 위원회 검토 신청을 거부해야 한다는 내용, 2) 결정 보고서를 행정적으로 시정해야 하고 어떠한 방식으로 시정해야 한다는 내용, 3) 결정 보고서 전체를 재확인해야 한다는 내용, 또는 4) 결정 보고서를 변경해야 하고 어떠한 방식으로 변경해야 한다는 내용 중 무엇인지 명시하십시오.
13. **문제 및 근거에 대한 답변.** 신청에서 제기된 문제와 근거에 대해 대응하고, 사실 또는 법률을 허위로 주장했다는 혐의를 밝히는 진술을 간결하게 제공하십시오. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) 및 (c)에서 규정한 바와 같이, 피고인은 가로 8.5인치, 세로 11인치의 종이에 1인치의 여백을 두고 12포인트 글자 크기를 사용하여 최대 여덟(8) 장의 길이의 법률 의견서를 첨부할 수 있습니다. 피고인이 여덟(8) 장 이내로 이의를 제기할 수 없는 이유를 구체적으로 서술하여 제출하는 경우를 제외하고, 여덟(8) 장을 초과하는 의견서는 검토되지 않습니다. 열다섯(15) 장을 초과하는 의견서는 어떠한 경우에도 검토되지 않습니다.

14. **기록.** 신청서에 인용된 기록이 검토를 위한 전체 기록을 형성하는 경우, 이 섹션을 비워두십시오. 신청서에 인용된 기록이 검토를 위한 전체 기록을 형성하지 않는 경우, 신청서에 인용되지 않았지만 신청서에서 제기된 문제 및 근거와 관련이 있고 WCB에서 보유 중인 추가 공청회, 서류, 증거물, 기타 증빙 및 필기록의 날짜 및 문서 확인 번호를 명시하십시오. 신청서를 제출하는 시점에 위원회에서 보유하고 있는 서류를 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서에 포함하거나 첨부하지 마십시오. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) 및 (c)에 따라, 신청서 또는 반박서 제출 시점에 이미 위원회에서 보유하고 있는 서류를 첨부하는 피고인 또는 피고인의 법적 대리인에 의한 위원회 검토 신청 반박은 거절될 수 있습니다.

15. **증명.** 작성자는 양식에 서명하고 날짜를 기재함으로써(작성자의 이름, 직책, 전화번호 및 주소 포함) 반박서가 법적 및 사실적으로 선의의 근거를 갖고 있고, 합리적인 이유로 제기되었으며, 제공 증명 섹션에 포함된 필수 이해 당사자에게 제공되었음을 확인해야 합니다.

16. **제공 증명.** 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (c)에 따라 반박서는 모든 필수 이해 당사자에게 제공되어야 합니다. 필수 이해 당사자에게 적절하게 제공하지 않는 경우, 결함이 있다고 간주되며 위원회에서 반박서를 검토하지 않을 수 있습니다. 재고/전체 위원회 검토 신청에 대한 반박서를 보험회사, 자체 보험 부담 고용주 또는 기타 지급인이나 잠재적 지급인이 제출하는 경우, 청구인, 청구인의 법적 대리인 및 기타 필수 이해 당사자에게 제공해야 합니다. 피고인이 재고/전체 위원회 검토 신청서 제공일로부터 삼십(30)일 이내에 제공을 완료하는 경우 적시에 완료한 것으로 간주합니다. 확인서 또는 진술서를 작성해야 하며 반박서를 위원회에 제출한 방식과 날짜를 포함해야 합니다. 피고인은 위원회에 반박서를 제출할 때 한 가지 방식만 사용해야 합니다. 피고인이 반박서를 중복으로 제출하는 경우 해당 중복 제출은 합리적인 근거 없이 문제를 야기 또는 지속하는 것으로 간주되며 WCL § 114-a(3)에 따라 피고인에게 평가사정액이 부과될 수 있습니다. 작성된 확인서 또는 진술서는 제공된 서류, 제공한 이해 당사자 이름, 각 이해 당사자에게 제공된 날짜와 방식, 그리고 재고/전체 위원회 검토 신청서를 제공받은 날로부터 30일 이내에 제공되었음을 명시해야 합니다. 진술서 또는 확인서의 일부를 '첨부 문서 참조'를 통해 제공 대상과 방식을 나열하여 작성하는 경우 허용되지 않습니다. 팩스, 이메일 또는 기타 전자 방식을 통해 제공받은 당사자가 있는 경우, 확인서 또는 진술서에는 해당 당사자가 그러한 방식을 통해 제공받도록 명시적인 허가가 있는 후에 그렇게 제공받았음을 증명하는 내용이 포함되어 있어야 합니다[12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) 및 (c) 참조]. 반박서를 모든 당사자에게 동일한 방식으로 제공할 필요는 없습니다. 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제 하에 확인서에 날짜를 기재하고 서명해야 합니다. 확인서는 변호사만 작성할 수 있습니다. 진술서는 공증인 앞에서 선서(및 서명)해야 합니다.



1. WCB 케이스 번호	2. 보험회사 케이스 번호	3. 보험회사 코드	4. 보험회사명	5. 부상/휴가 날짜
6. 청구인명		7. 청구인 주소		
8. 이 반박서로 대리하는 대상:				
9. 이 반박서로 대응하는 신청서의 유형(하나만 선택):				
<input type="checkbox"/> 의무적 전체 위원회 검토 <input type="checkbox"/> 재량적 전체 위원회 검토				
10. 신청서가 피고인에게 제공된 날짜(mm/dd/yyyy):				
11. 결정 보고서 제출일(mm/dd/yyyy):				
12. 이 반박서의 주장은 다음과 같습니다.				
<input type="checkbox"/> 재고/전체 위원회 검토 신청을 거절해야 합니다. <input type="checkbox"/> 결정 보고서를 행정적으로 다음과 같이 시정해야 합니다. _____ <input type="checkbox"/> 결정 보고서 전체를 재확인해야 합니다. <input type="checkbox"/> 결정 보고서를 다음과 같이 변경해야 합니다. _____				
13. 문제 및 근거에 대한 답변. (안내문의 상세 설명 참조)				
14. 기록. (안내문의 상세 설명 참조)				
15. 증명. 본인은 아래에 제공된 이 문서의 공란에 서명함으로써 이 반박서가 법적 및 사실적으로 선의의 근거가 있으며, 합리적인 이유로 제기되었으며, 아래의 제공 확인서 또는 진술서에 기재된 바와 같이 반박서가 전달된 실제 주소, 이메일 주소 또는 팩스 번호를 포함한 제공 방식을 사용하여 모든 필수 이해 당사자에게 제공되었음을 확인합니다. 본인은 노동자 보상법이 합리적 근거가 없는 소송의 제기나 지속에 대해 상당한 처벌을 부과한다는 사실을 이해합니다.				

작성자 서명: _____ 작성 날짜(mm/dd/yyyy): _____

인쇄체 이름: _____

공식 직책: _____ 주간 연락처: _____

주소: _____



제공 증명

섹션 1

확인서

뉴욕주 _____ 카운티: 본인(_____)은 뉴욕주 법정에서 변호하도록 적절한 절차에 따라 인정받은 변호사입니다. 본인은 12 NYCRR 300.13(c)에서 요구하는 것처럼 섹션 2에 설명된 방식으로 이 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서에 대해 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 바와 같이 제출 및 제공 요건을 준수하였음을 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제 하에 확인합니다.

본인은 아래 명시된 이 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서의 제공이 위원회 재고/전체 검토 신청서의 제공일로부터 30일 이내에 완료되었음을 확인합니다.

날짜(mm/dd/yyyy): _____ 서명: _____

인쇄체 이름: _____

진술서

뉴욕주 _____ 카운티: 절차에 따라 선서한 본인(_____)은 아래와 같이 증언하고 말합니다. 본인은 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서에 기재된 청구에 대한 이해 당사자가 아니며 18세 이상의 성인입니다. 본인은 12 NYCRR 300.13(c)에서 요구하는 것처럼 섹션 2에 설명된 방식으로 이 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서에 대해 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 바와 같이 제출 및 제공 요건을 준수하였음을 확인합니다.

본인은 아래 명시된 이 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서의 제공이 위원회 재고/전체 검토 신청서의 제공일로부터 30일 이내에 완료되었음을 확인합니다.

다음 날짜에 본인 앞에서 선서했습니다. 월: _____ 일: _____ 서명: _____

인쇄체 이름: _____

공증인

섹션 2

A. 본인은 재고/전체 위원회 검토 신청 반박서를 _____ (날짜 - mm/dd/yyyy)에 제출했으며 그 방식은 다음과 같습니다(한 가지 방식 선택):

- 우편: P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- 팩스: 1-877-533-0337
- 이메일: wcbclaimsfilling@wcb.ny.gov
- WCB 웹 업로드 링크(<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- 노동자 보상 차별 청구: 우편: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- 장애 수당: 우편: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. 본인은 위원회 검토 신청 반박서를 _____ (날짜 - mm/dd/yyyy)에 제공했으며 그 대상은 다음과 같습니다(필요한 경우 추가 페이지 첨부).

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____